



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

嬰兒期：9個月

由家長填寫兒童的情況	兒童姓名		兒童由誰帶來：	出生日期
	過敏症		目前用藥	
	自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂		今天我有一個不明白的問題，關於：	
	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶會用手吃東西。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶懂一些詞語。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能整夜安睡。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我不經常感到悲傷。		是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能自己行動。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶會玩躲躲貓。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能看見東西和聽見聲音。	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			
	Screening: Hearing N A Vision N A			
	Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor			
	Behavior N A Mental Health N A			
	Physical: N A General appearance N A Skin N A Head/Fontanelle N A Eyes (Cover/Uncover) N A Ears N A Nose N A Oropharynx/Teeth N A Neck N A Nodes N A			
Chest N A Lungs N A Cardiovascular/Pulses N A Abdomen N A Genitalia N A Spine N A Extremities N A Neurologic N A				
Describe abnormal findings and comments: <hr/> <hr/> <hr/>				
				Diet _____
				Elimination _____
				Sleep _____
				<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Poison Prevention <input type="checkbox"/> Other: _____
				Assessment/Plan: _____ <hr/> <hr/> <hr/>
				IMMUNIZATIONS GIVEN
				REFERRALS
NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



健康兒童體檢 - 嬰兒期：9個月
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS
(符合EPSDT早期定期檢查、診斷和治療指南標準)

日期

嬰兒期：9個月				
由家長填寫兒童的情況	兒童姓名		兒童由誰帶來：	
	過敏症		目前用藥	
	自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂			今天我有一個不明白的問題，關於：
	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶會用手吃東西。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶懂一些詞語。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能整夜安睡。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我不經常感到悲傷。		是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能自己行動。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶會玩躲躲貓。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 我的寶寶能看見東西和聽見聲音。	
	體重 千克 / 盎司 百分比	身高 厘米/英寸 百分比	頭圍 百分比	
	<input type="checkbox"/> 系統審核 <input type="checkbox"/> 家族健康史審核		飲食 _____ 排洩 _____ 睡眠 _____	
	檢查：	正常 <input type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 審核免疫記錄 <input type="checkbox"/> 鉛中毒現象 <input type="checkbox"/> 濕化物藥品 <input type="checkbox"/> 濕化物鈎劑 <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb(肺結核)	
	聽力檢查	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	視力檢查	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	發育：請勾劃出您感到擔心的方面			
適應/認知	語言/交流溝通			
大的肌肉運動	社交/情緒	細致的肌肉運動		
行為	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
心理健康	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
身體：	正常 <input type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/>		
整體外觀	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	胸腔	
皮膚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	肺部	
頭部/齒門	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	心血管/脈搏	
眼睛（有覆蓋物/無覆蓋物）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部	
耳朵	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生殖器	
鼻子	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	脊椎	
口咽/牙齒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	四肢	
頸部	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	神經	
淋巴結	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
請說明異常發現，並請加以評論：				
已完成的免疫接種				
轉介				
下次檢查：12個月		保健服務機構名稱		
保健服務機構簽名		保健服務機構地址		

9個月小寶寶的保健

重要標誌

小寶寶在9至12個月期間的生長發育。

在地板上爬行。

扶靠傢俱站起來並移動。

可以開始走步。

用手指點他要的東西。

自己用杯子喝水。

玩拍手和藏貓貓之類的遊戲。

開始說“媽媽”、“爸爸”和“再見”之類的詞語。

您可以在與您的小寶寶玩耍時幫助她學會新技能。

若需要幫助或詳細資訊，請電

免費發育檢查：

健康母親、健康寶寶資訊和轉介專線
1-800-322-2588（留言）或
1-800-833-6388（TTY中繼轉發）

嬰兒車座椅安全：

安全約束裝置聯盟
1-800-BUCK-L-UP（留言）或
1-800-833-6388（TTY中繼轉發）

有特殊需求的嬰兒：

家長與家長計劃，1-800-821-5927。

中毒預防：

華盛頓州防毒中心，1-800-732-6985（留言）
1-800-572-0639（TTY中繼轉發）
在緊急情況下撥打911緊急電話。

子女教養技巧或支持：

家庭幫助專線
1-800-932-HOPE (4673)
西北地區家庭服務資源
1-888-746-9568當地社區學院課程

保健須知

繼續盡可能以母乳喂養，在至少在第一年應如此。

母乳或嬰兒喂養奶依然是小寶寶最重要的食物。他還需要吃一些軟質泥狀固體食物。

保持小寶寶新牙齒的健康。在喂食後要清潔一下。可使用干淨的布角或一小粒軟牙膏。不要在床上給孩子奶瓶。

抗生素並非總是最好的藥物。它們對感冒和其他病毒無效。在小寶寶不需要時服用抗生素是有害的。

讓小寶寶練習使用杯子。在帶噴嘴的杯子內裝入水、母乳或嬰兒喂養奶。若他使用奶瓶，準備好在他1歲時改用杯子。

您應經常洗手，尤其是在換完尿布後和喂小寶寶前。用肥皂和水清洗小寶寶的玩具。

子女教養須知

每個小寶寶都在以自己的方式發育。您的小寶寶會不斷地學習和變化。若您覺得他發育不完善，應該告訴您的醫生或護士。關於免費的發育檢查，請電健康母親、健康寶寶資訊（請參見列於左側的電話號碼）。

安全須知

應始終守護在浴盆內的小寶寶。在僅有幾英寸深的水裡就可能發生溺水，而且事發迅速、無聲無息。若您必須離開房間，應帶她一起離開。

在小寶寶出生後的第一年內，要始終將其朝車後方向放在嬰兒車座椅內並繫好安全帶。將他固定在車後座上，這是兒童乘車最安全的座位。